

欧米の看護を取り入れる際の視点 - 内容を具象化する方法としての形式 -

【スライド1】

「欧米の看護を取り入れる際の視点 - 内容を具象化する方法としての形式 - 」について発表させていただきます。

私が看護学生の頃、日本の看護は欧米に比べて、約20年遅れをとっていると言われていました。それから10年以上経ち、個人的には、メーカーに勤務して、看護を離れていた時期もありましたが、現在看護界を見渡しても、日本の看護は欧米に比べて遅れているという認識は、いまだに看護界の中に広く残っています。遅れているということを明言している教科書ばかり、看護過程や看護診断、クリティカルパスウェイ、何とか看護論など、外国、主として米国産の手法や理論などが数多く日本に輸入され、看護教育や病院などの現場で積極的に取り入れていこうとする動きがあります。

実は私の場合もその例に漏れず、来たる高齢化社会に備え、ヘルスプロモーション分野で活躍できる看護職を育てるために、基礎看護教育の中で行われるヘルスアセスメント教育の手法を調査すべく、笹川医学医療研究財団から助成を受け、約2ヶ月間サンフランシスコ州立大学看護学科（以下SFSU）に滞在しました。そして、学生の立場から、教育効果の高いアセスメント教育の手法を学ぶために、実際の授業の受け手として参加観察を行い、特徴的と思われる項目を抽出しました。

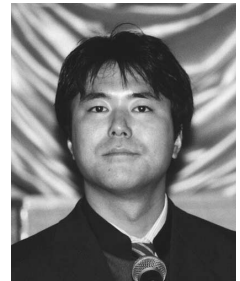
この発表では、そこで得られた結果と、米国で看護を学んだ自分自身を研究対象として、特に内容の具象化という観点から、欧米の看護を取り入れる際の視点についてご報告します。

【スライド2】

米国での調査結果の中から、特徴的な事項として抽出されたものをご説明します。

まず、＜ヘルスアセスメントの授業が、1st Semesterに行われる＞ということです。

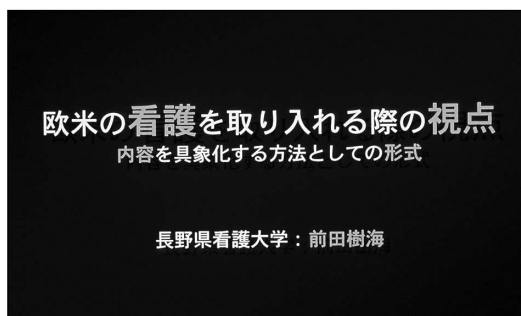
我々の大学では、フィジカルアセスメントという同様の科目が、2学年前期に行われています。これは身体のアセスメントが、ある程度看護教育が進んだ時期に行われるべき、比較的高度な内容を含んでいるという認識に基づいています。また、病棟実習の直前にアセスメ



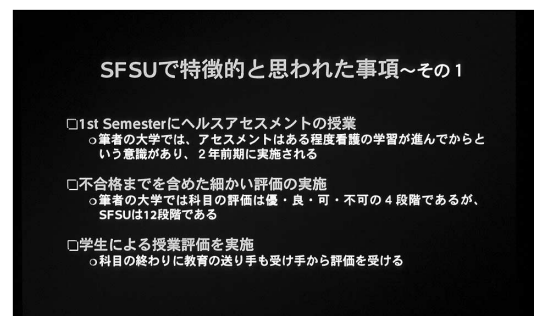
長野県看護大学看護学部
生活援助学教室講師

前田 樹海

スライド1



スライド2



ント教育を配置することによって、すぐに実習病院での実践に結び付けられるという配慮もあります。一方SFSUでは、学生が看護を学び始めた最初の学期に、身体のアセスメントについての教育が行われていました。

次の項目として、＜不合格者までを含めた細かい評価の実施＞をしていました。

我々の大学では、学生の成績評価は、優、良、可、不可の4段階ですが、SFSUの成績評価は、A、A - に始まり、D -、Fまでの12段階で示されていました。また、我々の大学では、不合格者の成績評価は一律に不可であり、学生にはどれくらい悪いのかまでは提示されません。一方SFSUでは、Fが不合格ということではなく、科目ごとに、例えばC - 以上が合格等の設定がなされていました。

次は、＜学生による授業評価を実施＞しているということです。

我々の大学では、各科目ごとに学生による授業評価を行うことは義務づけられておりません。しかしSFSUでは科目の終了時点で、教育の受け手側からの評価を行っていました。

【スライド3】

＜1クラスの学生数が、およそ20人＞。

我々の大学は1クラス80人で、授業はたいがいマイクを使用しています。しかしながらSFSUは1クラス20人程度であり、教員との距離が近く、肉声で十分でした。また、学生の睡眠防止にも一役かかっていました。

＜1年を2つのSemesterに分け、そのどちらからでも同じように学習ができるカリキュラム＞。

SFSUは春学期と秋学期があるのですが、その2つが、ほぼ同じカリキュラム構成となっているので、学生はそのどちらからでも受講が開始できます。また、例えば春学期に落とした科目があっても、半年後に再受講のチャンスがめぐってくるというのも、学生にとってメリットかもしれません。

＜具体的な科目名＞。

日本では基礎看護論のような科目名が多いのですが、SFSUでは“Healthy Aging”や“Health Assessment”など、具体的な内容がイメージしやすい科目名となっていました。

【スライド4】

＜最初に接する対象は健常な老人＞。＜最初の実践の場が地域＞。

我々の大学では、学生の最初の実習場所は病院であり、接する人は入院している患者です。授業で検討する事例なども、入院患者を想定する傾向があります。SFSUでは学生が始めて実習をする対象は、地域に住む健常な老人でした。

スライド3

SFSUで特徴的と思われた事項～その2

- 1クラスの学生数がおおよそ20人
 - 筆者の大学は1クラス80人であるが、SFSUでは教員との距離が近く肉声で十分聞こえる。
- 1年を2つのsemesterに分け、そのどちらからでも同じように学習ができるカリキュラム
 - 仮に単位を落としても、半年後にはまた同じ科目が開講される。
- 具体的な科目名
 - Healthy AgingやHealth Assessmentなど科目名が具体的でイメージしやすい。

スライド4

SFSUで特徴的と思われた事項～その3

- 最初に接する対象は健常な老人
- 最初の実践の場が地域
 - 筆者の大学では、最初の実習場所として病院を、ケアの対象として入院患者を想定している。

【スライド5】

これらの項目を日本の看護教育で適用できないかと検討しているうちに、春学期と秋学期が等価なSemester制や、比較的少ない学生数、あるいは地域に生活する人を最初の実習の対象として位置付けていることなどは、ユーザーフレンドリーやコミュニティ志向といったSFSUの理念と符合していることに気がきました。また、アセスメントの授業が看護教育の最初の段階で行われていることや、評価のなされ方などは、看護におけるアセスメントの重要性を標榜する看護学科の考え方と符合していました。これらの符合は偶然の所産ではなく、フィロソフィーやコンセプトが具象化された結果であると解釈されました。

スライドに示しましたが、最初にアセスメント教育をしていることや、不合格の細かい評価をしていること、あるいは学生による授業評価をしているということは、「アセスメント重視」というフィロソフィーやコンセプトがあって、それが目に見える形として形式化されたということが言えます。

同様に、少ない学生数でありますとか、等価なSemester、あるいは具体的な科目名といったことは、「ユーザーフレンドリー」というコンセプトを、目に見える形式として具象化した結果であるというふうに見ることができます。

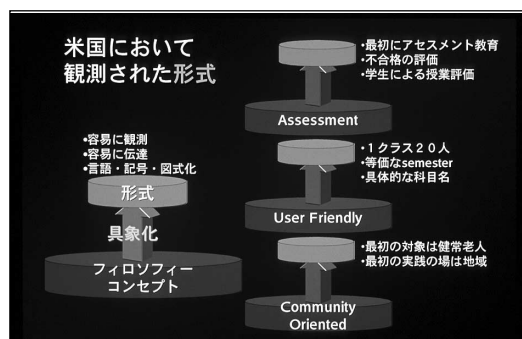
図に示しました色の濃い大きな円筒が内容、色の薄い小さな円筒が目に見える形式で、矢印がそれを具象化する過程、あるいは情報の流れのようなものと考えて下さい。

私はインターネット上で、「看護系大学ホームページに聞け」というウェブサイトを主宰しておりますが、日本の看護系大学の各ホームページを見る限りでは、掲げている理念を、カリキュラムや大学の活動などではっきりと目に見える形にして提示しているホームページは極くわずかです。日本の看護は、フィロソフィーやコンセプトに基づいて具象化されたカリキュラムや方法や活動などを、教育や現場に示していくという意識には、あまり重点を置いていないように思われます。

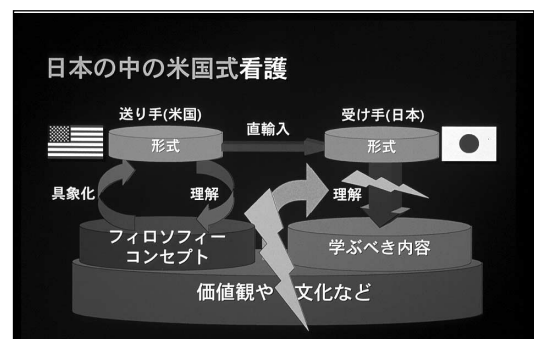
【スライド6】

日本と米国とでは、内容の具象化の方法、形式の作り方、あるいは、そのウェイトのかけ方に違いがあるということが言えると思います。具象化の方法を異にする米国で生まれた看護理論や方法を直輸入しても、それを自分の血や肉として還元する方法まで示されていない我が国で、リアルタイムに適用していくことは、基本的に無理があります。そして、これこそが遅れの原因ではないかとも考えられます。そうだとすると、日本の看護は、それらの形式が具象化された文化や価値観などの背景を体得した上で、欧米から輸入された形式を内容

スライド5



スライド6



化するための方法を編み出さない限り、遅れ続けることになります。

ここに模式的に表しましたが、米国内ではフィロソフィーやコンセプトが具象化されて、学生や看護婦に形式として伝えられる。伝えられた人は、それをすぐに理解して、また自分の血や肉として還元し理解する、あるいは実践に結び付けるということが、おそらく容易になっているのだと思います。しかし、フィロソフィーやコンセプトなどの内容が具象化される背景となっている価値観や文化といったようなものを共有しない日本が、米国からその形式だけを直輸入して、適用・理解しようとしても、それらを還元するための背景が共有されていないために、形式からそれを内容化する動きや流れが妨げられているような気がしております。

ここで注意を申し上げたいのは、直輸入された形式を内容化して活用できるようになるまでに時間がかかっているのであって、決して日本の看護が元々持っている内容が遅れているということにはならないということです。ですから、遅れというより、「遅れの認識」といった方が正確かも知れません。もっとも日本の看護が本当に遅れているかどうかは、日本の看護を具象化してみなければわからないわけです。

ところで、日本人は具象化が苦手なのでしょうか。メイド・イン・ジャパンは以前は粗悪品の代名詞でした。今では、日本の製品の質の高さは、世界的に評価されるようになりました。また、筆者が以前籍を置いていたメーカーは、単に品質が高いだけでなく、それまで存在すらしなかった商品コンセプトを創造し、且つそれを実際の商品として普及させた実績を持っています。最近の研究では、日本のメーカーの物作りのプロセスは、組織的知識創造活動であるという理論が示されており、日本企業が独自の形式化の手法を既に確立しているという根拠を示しています。私はメーカーに在籍していたから特にそう思うのかも知れませんが、日本のメーカーにできた知識創造が、日本の看護にできないはずがないのではないかと考えられるわけです。

【スライド7】

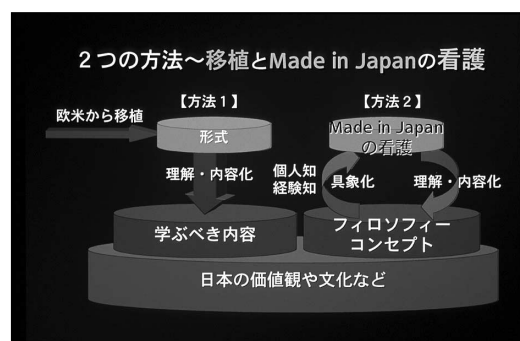
ここで、欧米から看護を取り入れる場合の方向性が、2つ考えられます。

1つは、スライドの方法1に示しましたが、もう既に看護診断等において実施されつつありますが、看護を輸入し国内で使用する際には、その手法が生まれた背景をも考慮し、日本の看護及び看護のユーザーに合うようにカスタマイズすることです。

そしてもう1つ、方法2に示しましたが、欧米からの看護は参考資料として扱い、日本の看護は、基本的に日本の看護を具象化する。すなわちメイド・イン・ジャパンの看護を創造していくことです。そしてこれは、日本の看護の遅れの認識を払拭する方法の1つであると確信します。

世界に先駆けて、かつてどこも経験したことのない高齢社会が訪れるわが国は、メイド・イン・ジャパンの看護を具象化して、世界に発信していくことも1つの責務ではないでしょうか。

スライド7



質疑応答

Q：（順天堂大学 公衆衛生学教室 林先生）

1つ確認させていただきたいことがあるのですが、レジメによるとSFSU（San Francisco State University）のSchool of Nursingの事例を調査されているとのことですが、これは大学院ではないのですか。そして比較されているのが（日本の）大学ではないでしょうか。

そこのところをちょっと確認させていただきたいのですけれども。

A：（前田先生）

これは学部でございます。

Q：（順天堂大学 公衆衛生学教室 林先生）

School of Nursing **が**ですか？

A：（前田先生）

学部です。日本で言えば大学の学部で、初めて看護を学ぶ人達です。